

## Bacheloroppgave i sykepleie



Emnekode: SYK-322

Hvordan kan sykepleier skape god relasjon med pasienten basert på tillit?

Kandidatnummer: 127

Kull: 10fus

Antall ord: 10766

## Innholdsfortegnelse

1	Innledning .....	4
1.1	<i>Begrunnelse for valg av tema</i> .....	4
1.2	<i>Presentasjon av problemstillingen</i> .....	5
1.3	<i>Presentasjon av eget faglig ståsted</i> .....	5
1.4	<i>Avgrensning og presisering av problemstillingen</i> .....	6
2	Teoridelen .....	7
2.1	<i>Tillit</i> .....	7
2.2	<i>Kommunikasjon</i> .....	8
2.3	<i>Krise</i> .....	9
2.4	<i>Relasjon</i> .....	10
2.5	<i>Travelbee Joyce: menneske til menneske forholdet</i> .....	11
2.6	<i>Martinsen Kari: Omsorgens relasjonelle side</i> .....	12
2.7	<i>Etikk</i> .....	13
2.8	<i>Svak paternalisme</i> .....	14
2.9	<i>Lovverket</i> .....	15
3	Metode .....	16
3.1	<i>Beskrivelse av metoden</i> .....	16
3.2	<i>Positivism og hermeneutikk</i> .....	17
3.3	<i>Valg av faglitteratur</i> .....	18
3.4	<i>Etisk vurdering av studien</i> .....	19
4	Presentasjon av artikler .....	20
5	Drøfting.....	24
5.1	<i>Etikken og lovverket og i møte med den autonome pasienten</i> .....	24
5.2	<i>Autonomiprinsippet og paternalisme</i> .....	25
5.3	<i>Viktigheten rundt kommunikasjonen mellom pleier og pasient</i> .....	26
5.4	<i>Det første møtet med pasienten, etableringsfasen og relasjonen</i> .....	27

5.5	<i>Tillit og mistillit .....</i>	29
5.6	<i>Hvordan vet vi at vi har oppnådd tillit? .....</i>	31
5.7	<i>Fordelene og farene ved en god relasjon .....</i>	32
6	Konklusjon.....	34
7	Litteraturliste.....	36

# 1 Innledning

«Tillitsfulle og respektfulle mellommenneskelige relasjoner er ekstremt viktig for å bevare menneskets selvrespekt og verdighet» (Pajnkihar, M. 2009). Mennesker som har fått sin tillit svekket eller ødelagt gjennom overgrep, relasjonsbrudd og andre traumatiske livshendelser, trenger en helper som kan skape en relasjon hvor pasienten opplever en situasjonsbetinget tillit som kan gi styrke og håp. Dette gjør helperen gjennom å gi god omsorg, overholde avtaler, bidra til et sosialt nettverk der det er mulig, være til stede, lytte og sørge for at personen får den hjelpen vedkommende trenger (Eide, H. og Eide, T. 2010).

## 1.1 Begrunnelse for valg av tema

Jeg har igjennom mine praksisperioder vært opptatt av dette med å skape en god relasjon med pasienter, primære og ikke primære. For meg er ingen pasienter 100 prosent like, mange deler fellestrekk selvfølgelig, men hver og en er likevel unik. Fra mitt tidligere yrkesvalg var det å skape en god relasjon til mine klienter veldig viktig, faktisk helt avgjørende for om jeg skulle lykkes. Mine resultater med de klientene som jeg hadde en god relasjon med, var langt bedre enn hos de som ikke var interessert i relasjonen. Ved at jeg var ærlig, var lagspiller med klienten min, fant løsninger sammen, ble oppfattet som at jeg var der for vedkommende, gjorde at de stolte på meg og derfor henvendte seg til meg hvis det var noe de trengte hjelp med neste gang. Med denne erfaringen og gjennom erfaringer fra mine praksisperioder, og faglitteratur fra skolen, har jeg funnet ut hvordan jeg skal skape tillit hos pasienter. Jeg ser viktigheten av at pasienter har en tillit til meg som sykepleiestudent. Ikke bare fordi jeg er en helsefagarbeider, men fordi vi har et enormt ansvar for å ivareta pasienten. Det er viktig at pasienten kan stole på min rolle når vedkommende trenger hjelp. På grunn av min store interesse har jeg lest mye om kommunikasjon, veiledning og tillitsskapende arbeid gjennom studiet, og derfor ønsker jeg å skrive en oppgave rundt temaet relasjon. Dette vil dreie seg om pasienter generelt som er i en krise og ikke mot en spesifikk gruppe. Vi snakker da om pasienter som er i livskriser og traumatiske kriser (Eide, H. og Eide, T. 2010). Hvordan hver enkelt håndterer sin krise har jeg erfart er svært forskjellig. En pasient som kan ha fått kreft og får palliativ behandling kan være helt adekvat og rolig, til og med se lyspunkter i hverdagen, mens en annen kan gå inn i dyp depresjon og distansere seg fra verdenen. Et annet scenario er der hvor pasienten har en schizofren lidelse med rusproblematikk og tror at alt og alle er ute etter enn og lever i en langt farligere verden enn det virkeligheten tilsier. Dette var bare noen

av mange tilfeller jeg har vært vitne til i min praksis. Men det er her min interesse er stor når det kommer til kommunikasjon og samspillet mellom pasienten og sykepleier. Gjennom denne oppgaven tror jeg at jeg vil tilegne meg enda mer kunnskap ved å knytte egen erfaring, teori og forskning. Min erfaring er at det finnes ingen mal eller «den rette veien» når det kommer til kommunikasjon mellom pasient og sykepleier. For meg har det vært en god begynnelse å bruke tid på å snakke og observere, og dermed kartlegge pasienten og på bakgrunn av informasjonen jeg sitter med ha muligheten til å tilpasse min kommunikasjon med pasienten. På den måten har jeg følt at jeg har fått et innblikk i hva som er viktig for pasienten, hvilke tanker de sitter med og hvilke ønsker de har.

## ***1.2 Presentasjon av problemstillingen***

Problemstillingen jeg har valgt er:

Hvordan kan sykepleier skape god relasjon med pasienten basert på tillit?

## ***1.3 Presentasjon av eget faglig ståsted***

Som sykepleierstudent har jeg hatt en rekke praksisperioder som har gitt meg et innsyn i de ulike postene jeg har vært innom. Jeg har ikke noe annen erfaring enn det jeg har opplevd i praksisene mine, men min store nysgjerrighet ligger i hvordan kropp og sinn henger sammen. Jeg har sett hvordan samspillet mellom psyke og somatikk utfaller seg hos pasienter som er i en form for krise, om krisen er akutt eller det dreier seg om en kronisk tilstand. Hva en somatisk lidelse kan gjøre med menneskets sinn, og hva som skjer med kroppen hvis en pasient har en psykisk lidelse. Med dette mener jeg f.eks. hva slags psykosomatiske symptomer en depresjon har på kroppen til en pasient, eller hvor en pasient får diagnosen kreft og hvilke psykiske reaksjoner dette kan få. Mitt inntrykk er at mange pasienter blir overlatt mye til seg selv fordi resursene er for få. Vi er sosiale vesener som er i en krise og som havner i et miljø hvor vi ikke er kjent, hvor det trygge vi er vant til blir erstattet av nye fremmede mennesker og et nytt sted å oppholde seg. Når resursene er få, ser jeg viktigheten av et kvalifisert personell som må til for å kunne hjelpe disse menneskene. Personellet må møte de årlige nye rammene som skapes i et arbeidsmiljø hvor vi skal ta vare på pasienten på en kvalitativ og trygg måte med færre og færre resurser. Jeg ser derfor hvor viktig det er å ha kunnskap om hvordan skape en trygg og god relasjonen mellom pasient og pleier. At et godt

samarbeid kan oppstå mellom partene på bakgrunn av en relasjon som tar hensyn til mennesket i et klinisk miljø. Hvor kvaliteten til de ansatte er utrolig viktig for resultatet..

#### ***1.4 Avgrensing og presisering av problemstillingen***

Oppgaven min skal hovedsakelig dreie seg om hvordan skape en god relasjon mellom sykepleier og pasient som er i en krisesituasjon basert på tillit, men veien til tillit er forskjellig fra person til person. Oppgaven vil ikke omfavne en spesifikk pasientgruppe eller lidelse. Det er mange spørsmål og problemstillinger man kan stille seg underveis når man jobber med en slik oppgave og oppgaven kan bli veldig omfattende. Så derfor vil jeg nok en gang implisitt si at denne oppgaven har fokus på hva vi som sykepleier kan gjøre for å skape en god relasjon med en pasient. Motvekten til tillit vil i denne oppgaven være mistillit.

## 2 Teoridelen

Jeg skal her gå igjennom de funnene jeg har gjort i litteraturen jeg har benyttet meg av.

### 2.1 *Tillit*

Tillit er helt avgjørende i en relasjon mellom sykepleier og pasient. Den betyr såpass mye at der hvor tilliten er brutt vil det mer eller mindre være umulig å reparere den igjen. Og der hvor tillit mangler vil det være vanskelig å ha samtale rundt følsomme og konfliktfylte temaer (Aadland, E. 1997). Grunnleggende tillit innebærer at man har tillit til at tilværelsen er trygg, at verden er et godt sted å være og at noen tilbyr hjelp hvis man trenger det (Eide, H. og Eide, T. 2010). Spurkeland, J. (2012) skriver at man trenger tid for å skape tillit. Når to mennesker møtes må de bevise sin gjensidige tillit ved å repetere handlinger over tid. Man har mennesker som er tillitsfulle og som er enkle å jobbe med og man har relasjonelt skeptiske personer som bruker lang tid på å bygge tillit. Tillit er også personlig, det blir som når noen venner sier at de vet hvor de har hverandre. Den er alltid i bevegelse alt etter som våre interaksjoner og opplevelser er. Tillit fungerer også som en slags garanti mot svik. Spesielt i et ekteskap er man bunnet til et slikt bånd hvor man skal stole blindt på hverandre. Man kan kalle tillit for en positiv relasjonell følelse (Spurkeland, J. 2012). Travelbee mener at grunnlaget for å realisere menneske til menneske forholdet er en dynamisk og mangefasettert prosess som er basert på gjensidig tillit som er en viktig prosess for begge parter og som vil være med på å oppfylle sykepleiers formål (Eide, H. og Eide, T. 2010).

Tillit er viktig i relasjonen mellom pasient og helsepersonell fordi pasienten er avhengig av informasjonen fra helsepersonellet for å gi sitt frivillige samtykke til en klinisk intervensjon og for å vurdere intervensjonens etiske karakter og konsekvens. Der hvor pasienten ikke har tillit til helsepersonalet, kan ikke vedkommende stole på informasjonen og heller ikke basere sitt informerte samtykke til den. Fordelen med tillit er at den kan forebygge misforståelser, konflikter og bruk av tvang hos pasienter. Men der hvor det er mistillit kan det fremme tvang og muliggjøre bruk av ekte paternalisme, barmhjertighet og velgjørenhet (Hummelvoll, J. K. 2012).

## **2.2    *Kommunikasjon***

Eide, H. og Eide, T. (2010) definerer begrepet kommunikasjon som en medfødt evne, og som innebærer utveksling av meningsfylte tegn og signaler mellom to eller flere parter, dette kan både være verbalt og nonverbalt, signaler man justerer, forandrer eller avslutter kommunikasjonen med (Eide, H. og Eide, T. 2010). Kommunikasjon kan være samtaler, chatting på internett eller ved møte av en eller flere personer. Når man har en samtale gir mottaker tilbakemelding på om budskapet er nådd fram eller ikke, og hvordan dette budskapet blir mottatt. Verbal kommunikasjon er ord som blir sagt og det er her man kan stille både åpne og lukkede spørsmål, speile følelser, oppmuntre, bruker pauser, benytter seg av å parafrasere og humor. Den nonverbale kommunikasjonen går på kroppsspråk, ansiktsuttrykk, kroppsholdning, bevegelse, berøring, øyekontakt, stillhet og stemmebruk. Ved nonverbal kommunikasjon responderer vi bekræftende eller avkreftende (Eide, H. og Eide, T. 2010). Når man skal kommuniserer med pasienter har man også en form som heter hjelpende kommunikasjon. Denne formen er en forutsetning for empowerment, og er etisk begrunnet i sammenfallende verdier: likeverd, hensyn til pasientens beste og respekt for pasientens rett til selvbestemmelse (Eide, H. og Eide, T. 2010). Ordet empowerment vil si å gi makten tilbake til brukere av omsorgstiltak slik at de får igjen styringen over de forhold som påvirker deres liv (Norvoll, R. 2009). Eide, H. og Eide, T. (2010) siterer (Epstein m.fl. 2005, Zandbelt 2006) at pasientrettet kommunikasjon har fire sentrale elementer:

1. få frem pasientens perspektiv
2. forstå pasientens unike psykososiale kontekst
3. nå frem til felles forståelse i overensstemmelse med pasientens verdier
4. å hjelpe pasienten til å dele makt, det vil si å stimulere pasienten til å bevare og utøve kontroll og myndighet der dette er mulig.

(Eide, H. og Eide, T. 2010)

Innebefatter man gode kommunikasjonsferdigheter kan dette brukes som et hjelpemiddel til å forstå pasienten som person, til å forstå relasjonen, til å gi bedre hjelp og støtte, til å ta gode beslutninger sammen, og til å stimulere den andres utvikling på en best mulig måte. Men det er kun pasienten som til syvende og sist som kan avgjøre hvorvidt kommunikasjonen har vært god eller ikke (Eide, H. og Eide, T. 2010)



## 2.3 *Krise*

Pasienter som enten har et somatisk problem eller et psykisk problem er alle i en krise, men de har ulik kategori. Dette kan dreie seg om sykdom, traumer, katastrofer, vold, dødsfall, tap eller andre store endringer i ens liv, og disse kan føre til tap av mening og sammenheng (Eide, H. og Eide, T. 2010). Eide, H. og Eide, T. (2010) skriver at man skiller i litteraturen på livskriser og traumatiske kriser. Der hvor man har en livskrise eller en utviklingskrise er dette kriser som gradvis kommer som følge av naturlig utvikling, som f.eks. ved pubertet, løsrivelse fra hjem, valg av studie/ yrke, ekteskap, få barn, overgangsalder og alderdom. Traumatiske kriser kan beskrives som ekstraordinære påkjenninger som ikke inngår i et vanlig livsforløp, og kan være for eksempel i forbindelse med sykdommer, ulykker eller voldshandlinger. Ordet traumatiske kriser bruker man også gjerne om fysiske, psykiske eller sosiale belastninger som er såpass store at de påvirker et menneske for en kortere eller lengre tid (Eide, H. og Eide, T. 2010). De som er utsatt for traumatiske kriser trenger psykisk førstehjelp, dette dreier seg om å vise medmenneskelighet, la personen avreagere, berolige og oppmuntre, godta og ikke bebreide, aktivisere, gi mulighet for hvile og søvn, legge vekt på at det dreier seg om naturlige reaksjoner på urimelige påkjenninger (Eide, H. og Eide, T. 2010). Man deler gjerne mellom fire faser i en krisereaksjon, og disse flyter gjerne over i hverandre:

### \*Sjokkfasen

Det er vanskelig å se når en pasient er i sjokkfase, ofte er de rolige, men enkelte kan også reagere med apati eller panikk. De kan og virke noe fjerne og fortelle om endrede sanseopplevelser, noen vil beskrive tilstanden som uvirkelig, drømmeaktig, nummenhet i kroppen eller at ting går som i sakte film. Man kan og registrere fysiske reaksjoner som skjelving, blekhet, svette og fysisk uro (Eide, H. og Eide, T. 2010).

### \*Reaksjonsfasen

Når pasienten er i en reaksjonsfase begynner vedkommende å ta innover seg det som har skjedd. Uten at personen har noe kontroll over det, kommer tanker, bilder og følelser knyttet til det som har skjedd strømmende på. Mange reagerer med angst, uro, rastløshet, søvnproblemer, mareritt, emosjonell labilitet, anspenthet, irritable, oppfarende, skam, skyldfølelse og noen depresjon. Det er veldig individuelt når reaksjonsfasen setter i gang. Noen faktorer for dette avhenger særlig av tre forhold: hvor lenge personen var i overhengende livsfare, hvor sterk faren var og hvor trygghetsgivende miljøet fungerte i tiden over (Eide, H. og Eide, T. 2010).

#### \*Bearbeidelsesfasen

Denne fasen kjennetegnes ved at personen gradvis gir opp forsvaret og i større grad åpner for de følelsesmessige reaksjonene uten å bli overveldet av disse. Personen blir ofte emosjonelt labil. Man kan få søvn og konsentrasjonsproblemer og en kan bli adspredt i samvær med andre. De ubehagelige tankene og følelsene som sorg, sinne, fortvilelse, angst, irritasjon over småting kommer frem. Relasjoner til de nærmeste kan bli forstyrret på grunn av følelsesmessige reaksjoner som kan prege bevisstheten. Psykosomatiske symptomer kan og komme i form av hodepine, nakkesmerter og fordøyelsesbesvær.

Bearbeidelsesfasen er en slags aksepterings og forsoningsprosess (Eide, H. og Eide, T. 2010).

#### \*Nyorienteringsfasen

Traumet pasienten har vært igjennom er i den grad det er mulig bearbeidet, men arret vil kanskje alltid være der. Det som har skjedd og vonde og vanskelig følelser i den forbindelse kan dukke opp og minnene er fortsatt der. Minnene er nå en del av personens perspektiv på seg selv og sitt liv, og pasienten kan derfor fokusere sin energi på ting som er viktigere i livet, eller aktiviteter og personer som kan være med på skape en ny mening i tilværelsen (Eide, H. og Eide, T. 2010).

## **2.4 Relasjon**

I dagliglivet brukes begrepet relasjon om forhold, kontakt eller forbindelse mellom mennesker. Ordet betyr egentlig at en gjenstand står i forbindelse med en annen. Evne til å skape en god relasjon er viktig i ethvert forhold til pasienter og pårørende. Relasjonen kan være avgjørende for behandlingsresultatet kommer det fra nyere teoretiske og kliniske studier (Eide, H. og Eide, T. 2010). Der hvor man har evnen til å lytte, og forstå den andre og til å skape god kontakt og allianse, er en viktig og ofte avgjørende faktor for å motivere for endring og utvikling. Travelbeels modell for utvikling av forholdet mellom sykepleier og pasient omfatter fem faser:

- 1 Det innledende møtet
- 2 Fremvekst av identiteter
- 3 Empati
- 4 Sympati
- 5 Gjensidig forståelse og kontakt.

(Eide, H. og Eide, T. 2010)

## 2.5 *Travelbee Joyce: menneske til menneske forholdet*

Sykepleiers oppgave er ifølge Travelbee:

- Å anerkjenne pasienten som et unikt, uerstattelig individ
- Å utvikle et menneske til menneske forhold til pasienten for dermed
- Møte behovene til pasienten, pårørende eller andre involverte og dermed oppfylle sykepleiens hensikt.

Hun skriver på en ekspressiv og normativ måte, med mange spissformuleringer hvor formen blir et middel til å formidle en nyansert og sympatisk forståelse av pasienten og et sterkt engasjement for en likeverdig relasjon mellom pasient og sykepleier. Travelbees mener at kommunikasjon imidlertid er et middel til å realisere sykepleiens formål, med dette mener hun at kommunikasjon er et middel til å bli kjent med pasienten, forstå og møte pasientens behov, og hjelpe vedkommende til mestring av sykdom, lidelse og ensomhet. Hun mener at en persons holdning til sin lidelse på langt vei bestemmer hvor effektivt en mestrer sykdom. At der hvor man har mellommenneskelige relasjoner kan påvirke den enkeltes holdning til egen lidelse, som for eksempel finne mening i lidelsen og dermed hjelpe pasienten til å mestre både lidelsen og sykdommen bedre. Travelbee deler sykepleieprosessen inn i fem deler:

1. observasjon
2. fortolkning
3. beslutning
4. handling (sykepleie-intervensjon/ tiltak)
5. vurdering (eller evaluering) av handling

Det er viktig at sykepleier forstår det pasienten formidler verbalt og nonverbalt og bruker denne informasjonen til å planlegge og iverksette sykepleietiltak. Sykepleier skal bruke seg selv terapeutisk og disse ferdighetene kan læres over lang tid og er i seg selv en livslang prosess. Travelbees modell for utvikling av forholdet mellom sykepleier og pasient omfatter fem faser:

1. det innledende møtet: sykepleier observerer vurderer og trekker slutninger om pasienten, noe pasienten vil gjøre ovenfor sykepleier.
2. fremvekst av identiteter: sykepleier og pasient etablerer bånd til hverandre, deres respektive identiteter som individer begynner å bli synlige for hverandre. Her er det fare for at sykepleier legger mer av egne følelser, tanker og forventninger inn i pasienten enn det som er adekvat.

3. empati: Sykepleier bør bestrebe seg på å bli seg sine egne verdivurderinger av pasienten bevisst, og så ta stilling til hvordan hun vil forholde seg. Empati er en viktig forutsetning for å kunne forstå pasienten og forutsi dennes reaksjoner.
4. sympati: Her beveger man seg fra empati til sympati, dette beskriver hun som en holdning eller innstilling, en måte å føle og tenke på, som kommuniseres til pasienten, en holdning av dyp personlig omtanke og interesse. For henne betyr sympati et ønske om å hjelpe pasienten, fordi sykepleier opplever pasienten som en person og har en grunnleggende trang til å lindre pasientens lidelser.
5. gjensidig forståelse og kontakt: Dette er en fase som er en dynamisk og mangefasettert prosess basert på gjensidig tillit, en prosess som oppleves som viktig og meningsfull for begge parter.

(Eide, H. og Eide, T. 2010)

## **2.6    *Martinsen Kari: Omsorgens relasjonelle side***

Ifølge Martinsen må sykepleier være villig til å sette seg inn i pasientens situasjon, som innebærer at sykepleier må forsøke å fortolke den andres realitet, å gripe hva den andre erfarer, å forstå ut fra den andres horisont og å møte den andre ut fra hvordan han selv ville ha handlet i situasjonen hvis han kunne (Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E. A. 2008). Hun skriver også om at mennesket besitter det hun kaller for livsytringer. Disse uttrykker kjærlighet mellom mennesker og det er ikke menneskets vilje som presterer livsytringene, da de er gitt oss ifølge Martinsen (Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E. A. 2008).

Hun skriver at tillit og barmhjertighet ikke er noe vi bestemmer oss for i en gitt situasjon, men den er der på forhånd som en livsmulighet. Martinsen skriver:

Det vi beslutter er å gi oss tilliten og barmhjertigheten i vold. Vi beslutter å oppgi holdninger som er uforenlige med tillit og barmhjertighet, slik som forbehold, vaksomhet, glatthet, hevngjerrighet og hovmod. Når vi beslutter oss til å oppgi holdninger som stenger for livsytringene, vil livsytringene sette seg gjennom i våre beslutninger slik at de får et spontant preg.

Pasienter viser ofte sykepleier spontan og umiddelbar tillit ved å utlevere seg. Han forteller det som opptar ham og har en forventning om å bli imøtekommet. Med dette overlater han noe av sitt liv til sykepleieren. Sykepleier har dermed to valg, ta vare på den andres umiddelbare tillit eller ødelegge grunnlaget for tillit. Ved å vise likegyldighet til pasientens utleverthet vil pasienten oppleve at hans tillit er misbrukt. Dette vil igjen danne grobunn for mistillit (Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E. A. 2008). Når pasienten gir et tillitsfullt inntrykk ved å betro seg til sykepleieren, må sykepleiers inntrykk av pasienten som er mottatt gjennom sansene, deretter bli omformet til et uttrykk, som for eksempel i form av en holdning, en handling, et godt grep, noen rolige ord – alt er avhengig av hva situasjonen krever for at pasienten skal oppleve at hans livsytringer er tatt imot og opplever situasjonen som god (Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E. A. 2008).

## **2.7 Etikk**

Etikk representerer en refleksjon over moralfenomenene og de dommer vi eller andre måtte ha i spørsmål om godt og ondt, rett og galt og om personers gode eller dårlige egenskaper (Johannsen, K. I. m.fl. 2007)

I de mest sentrale punktene i de yrkesetiske retningslinjene som treffer min oppgave står det i punkt 2. Sykepleieren og pasienten:

Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket

- Sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom.
- 2.2 Sykepleieren understøtter håp, mestring og livsmot hos pasienten.
- 2.3 Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg.
- 2.4 Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått.
- 2.5 Sykepleieren respekterer pasientens rett til selv å forta valg, herunder å frasi seg sin selvbestemmelse.
- 2.6 Sykepleieren ivaretar pasientens rett til vern om fortrolige opplysninger.

(Norsk sykepleierforbund 2013)

Disse punktene viser til hvilke etiske forpliktelser sykepleieren har over for pasienten og de får frem pasientens autonomi og rettigheter.

I boken *godt, rett, rettferdig* etikk for sykepleie, henvises det til Beauchamp og Childress sin fireprinsippetikk som jeg også mener ligger yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere nærmest. Fireprinsippetikken blir ikke sett på som en egen type etikk, men den er tett knyttet til helserettet arbeid og etikk. De fire prinsippene er:

- Prinsippet om respekt for autonomi: Autonomi handler om selvmedbestemmelse som forutsetter både en tilstrekkelig frihet og kapasitet til å kunne sette egne intensjoner ut i livet. Pasienten skal og ha rett til å samtykke behandlingen og rett til å avslutte den.
- Prinsippet om ikke å volde skade: Dette prinsippet er for de fleste innlysende, men som boken tar opp kan det brukes hvor sykepleier mener å handle i barmhjertighet i en situasjon som f.eks. aktiv dødshjelp.
- Velgjørhetsprinsippet: Tar opp at vi har plikt til å bidra positivt til pasientens velferd og søke det som er til det beste for dem. Men her kan man komme inn på temaet om paternalisme, da det kan være vanskelig å avgjøre hva som er til det beste for pasienten. Dette kan være på grunn av at pasienten ikke kan gi ordentlig uttrykk for hva de oppfatter som velgjørhet.
- Rettferdighetsprinsippet: Her skapes det en rekke spørsmål som rettes mot likebehandling, fordeling av knappe gode, prioriteringer og retten til et anstendig minstemål av helsehjelp.

(Johannsen, K. I. m.fl. 2007)

## **2.8    *Svak paternalisme***

I omsorgsfagene har det lenge vært diskutert dette med profesjonelle hjelperes ekspertstatus, hvor det å være ekspert på et område er det samme som å inneha makt og innflytelse som igjen kan komme i sterk kontrast til forestillinger om likestilling, medbestemmelse og brukerorientering som yrkene taler mye og gjerne om (Aadland, E. 1998).

Kari Martinsen trekker frem spenningen mellom autonomiprinsippet og hjelperens plikt til å vise omsorg gjennom svak paternalisme:

Dersom det gagnar pasienten, er det riktig at han trekkes inn i beslutningsprosessen om sin egen pleie. Men det er sykepleierens faglige skjønn som avgjør om opplysningene er til beste for pasienten, og hvordan hun skal handle slik at pasienten får det best mulig. (Martinsen, K. 2005:146).

Den faglig dyktige sykepleieren utøver omsorg ut fra en autoritetsstruktur med svak paternalisme (Martinsen, K. 2005).

## **2.9    *Lovverket***

Ikke skal sykepleiere bare følge etiske retningslinjer, men også følge lovverket. Jeg har derfor valgt ut de punkter fra pasientrettighetsloven som jeg mener er viktig å ta med i oppgaven min.

### **§ 3-1: Pasientens rett til medvirkning.**

Pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelpen. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient og bruker. Det skal legges stor vekt på hva pasienten og brukeren mener ved utforming av tjenestetilbud etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8.

*Lov om pasient- og brukerrettigheter* (pasient- og brukerrettighetsloven) 1999.

### **§ 4-1: Hovedregel om samtykke.**

Helsehjelp kan bare gis med pasientens samtykke, med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke. For at samtykket skal være gyldig, må pasienten ha fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. (pasient- og brukerrettighetsloven) 1999.

Det er viktig å få frem hva lovverket sier om pasientens rettigheter. Dette er loven slik vi må følge den og den vil og styre oss i hvordan vi samarbeider med pasienten vår.

### 3 Metode

Dalland, O. (2012) henviser til sosiologen Vilhelm Aubert sine ord:

En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder (Aubert, V. 1985, s 196).

Metoden er hvordan vi skal arbeide for å innhente eller å etterprøve kunnskap. Den blir redskapet i møte med noe vi vil undersøke og den hjelper oss til å samle inn data (Dalland, O. 2012).

#### 3.1 *Beskrivelse av metoden*

Man skiller mellom kvantitative og kvalitative metoder. Forskjellen ligger i at kvantitative metodene gir data i form av målbare enheter. Dette gjør at vi kan gjennomføre regneoperasjoner på disse tallene, sette opp grafer osv. (Dalland, O. 2012).

Kvalitative metoder har fokuset på å fange opp opplevelse og mening som ikke lar seg presenteres ved tall eller som lar seg måle (Dalland, O. 2012).

Selv om begge metodene måler forskjellig, bidrar de likevel på sin måte til en bedre forståelse av det samfunnet vi lever i, og av hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner handler og samhandler.

Jeg har valgt litteraturstudie i min oppgave. Dette innebærer at jeg samler inn, kritisk gjennomgår og sammenfatter teori og ulike perspektiver for temaet jeg valgte (Dalland, O. 2012). Årsaken til dette valget er at min problemstilling ikke har noe fasit eller noen målbare enheter som man finner i en kvantitativ metode. Den kvalitative metoden egner seg best for min problemstilling da den kan utforske områder som følsomhet, dybde, det særegne, fleksibilitet, nærhet til feltet, helhet, forståelse, deltaker og jeg – du- forhold (Dalland, O. 2012). Når man skal skrive om tillit vil ikke dette være en målbar enhet, da alt er subjektivt fra pasienten og sykepleiers ståsted. Derfor må jeg finne ut hva som vil skape denne tillitten. Den kvalitative formen består av nærhet til feltarbeidet, mer ustrukturerte observasjoner og at det foretas intervjuer som er preget av fleksibilitet uten faste svaralternativer (Dalland, O. 2012). For å komme frem til svaret vil jeg benytte meg av pensumlitteratur og selvvalgt



pensum. Det er også et krav at oppgaven skal belyses med artikler som jeg må finne og her skal jeg gjøre et systematisk søk etter artikler. Men jeg kan ikke benytte meg av hvilke som helst databaser eller artikler. Disse artiklene må komme fra relevante databaser som inneholder forskning. Det finnes ulike søkemetoder for å komme frem til artikler som belyser problemstillingen i oppgaven. Ofte benytter man et eller flere emneord og man kan sette på ulike filtrere og dermed snevre søket for å få de som treffer best og mest oppdaterte forskningsartiklene.

### **3.2    *Positivism og hermeneutikk***

Positivism som er forankret i det naturvitenskapelige, hevder at det eneste som er til å stole på, er det som er gitt helt positivt. Med dette mener vi det vi kan erfare gjennom våre sanser (Aadland, E. 1997). Gjennom et slikt perspektiv blir mennesket studert som en fysisk maskin, hvor legens mål er å lokalisere og reparere diverse defekter i maskinen sett gjennom filosofiske øyne. Man spør ikke hvorfor det skjer, men hvordan. Man utelukker intensjoner, ønsker, mening, rettferdighet og betydning, da dette ikke spiller noe rolle for positivismen. I positivismen har ikke naturen verken ønsker eller forhåpninger, den er bare (Dalland, O. 2012).

I hermeneutikken derimot som betyr fortolkningslære og som er humanistisk orientert, vil man heller forsøke å finne frem meningen i noe, eller forklare noe som i utgangspunktet er uklart (Dalland, O. 2012). Der hvor positivismen stiller seg bevist på avstand og kjølig og nøytralt beskriver hvordan en sak forholder seg, vil hermeneutikken gå inn på menneskets subjektive opplevelser for å gjengi en sak sett innenfra (Aadland, E. 1997). Hermeneutikken er veldig viktig for de som jobber med mennesker, da den handler om å tolke og forstå og ikke bare forklare grunnlaget for menneskelig eksistens (Dalland, O. 2012).

Humanvitenskapene hjelper oss til å forstå, mens naturvitenskapene bidrar med å forklare. Da gir det mening når læreren sier: «Her er det ingen hvorfor spørsmål, bare hvordan».

(Dalland, O. 2012)

### 3.3 Valg av faglitteratur

Fra da jeg startet som sykepleierstudent og frem til i dag, har vi hatt en del pensum om tillitsskapende arbeid, kommunikasjon, sykepleier teoretikere og etikk som jeg har benyttet meg av.

For å følge retningslinjer til oppgaven fulgte jeg pensumboka til Dalland, O. *Metode og oppgaveskriving for studenter* (2012). Boken til Eide, H. og Eide, T. *Kommunikasjon i relasjoner, samhandling, konfliktløsning, etikk* (2010) som jeg har benyttet som hovedkilde, finner jeg relevant info om Travelbee sin sykepleierteori samt mye rundt relasjonsskapende arbeid. Jeg har og benyttet meg av boken til Hummelvoll, J. *Helt – ikke stykkevis og delt* (2012) som også inneholder veldig mye nyttig informasjon rundt problemstillingen min.

Boken til Aadland, E. *Og eg ser på deg* (1999) ble jeg gitt av venn som har arbeidet i flere år med relasjonsskapende arbeid og som mente at boken kunne hjelpe meg. For å finne litteratur om sykepleieteoretiker Kari Martinsen benyttet jeg meg av Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E. A. *Grunnleggende sykepleie bind 4* (2008) og jeg benyttet meg av boken til Martinsen, K. *Samtalen, skjønnets og kallet* (2005). For å kunne skrive om etikk valgte jeg boken *Godt-rett- rettferdig* (2007) skrevet av Johannessen, Kai Ingolf m.fl. Samt jeg benyttet meg av de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere som ligger på hjemmesiden til Norsk sykepleier forbund. Informasjonen rundt lovverket fant jeg på lovdata.no. Jeg benyttet meg også av boken til Brodtkorb, E og Rugkåsa, M. *Mellom mennesker og samfunn* (2009). På søken etter å finne ytterligere litteratur har jeg benyttet meg av Diakonhjemmets bibliotek og søkt gjennom deres system for litteratur som omhandler emnet. Jeg søkte på ord som tillit, relasjon og kommunikasjon i bibliotekets system. Jeg fikk opp en del bøker, men etter å ha undersøkt flere bøker var boka *Relasjonskompetanse* (2012) av Spurkeland, J. den som fremstod som mest aktuell og som jeg benyttet meg av.

For å finne forskningsartikler har jeg benyttet meg av Helsebiblioteket.no, Sykepleieren.no og diakonhjemmets database tilgang. Databasene jeg benyttet var Cinhal, Pubmed og Sykepleieren.no sin artikkel søkemotor. Ordene jeg søkte på var trust, nurse, patient, communication, tillit og kommunikasjon. Søkene ble gjort med enkelt ord eller en kombinasjon av disse. Jeg snevret inn søket for å utelukke artikler som var eldre enn 10 år. Søket ble gjort 31.mai. 2013 og artiklene som jeg fant som var mest aktuelle og som jeg benyttet meg av var:

Graduate nurses experiences of developing trust in the nurse-patient relationship» av Belcher M, Jones L.K. (2009).

«Nurses' (un)partner-like relationships with clients» av Pajnkihar, M. (2009).

«Hospitalized childrens views of the good nurse» av Brady, M. (2009).

Jeg har benyttet meg av en artikkel «Partnership: an analysis of the concept within the nurse-client relationship» av Gallant, M. H., Beaulieu M. C., Carnevale F. A. (2002) som tidligere har vært pensum i studiet og som jeg har tatt vare på. Denne er ikke med i søkene jeg har gjort.

### **3.4    *Etisk vurdering av studien***

Da oppgaven ikke inneholder autentiske situasjoner eller personer som jeg har vært borti har jeg unngått å ta hensyn til pasient og tjenestested anonymitet, personopplysninger, taushetsplikter, samtykker og formidling av forskningsresultater (Dalland, O. 2012). Men når man skriver en bacheloroppgave er det en del etiske hensyn jeg må forholde meg til når det gjelder henvisning til litteratur. Da jeg skal henvise til andres arbeid, om det så gjelder bøker eller forsknings artikler må jeg respektere åndsverksloven som beskytter forfattere og deres verk. Dette gjør jeg ved å vise leseren hvor jeg har hentet opplysningene fra, det vil si hvilken bok eller artikkel, hvilket sidetall etc. Dette gjøres ved å følge skolens reglement for henvisning til litteratur.

## 4 Presentasjon av artikler

Forfatter-navn, Land, Årstall	Hensikt	Design og metode	Utvalg	Hovedfunn
<b>Tittel:</b> Nurses' (un)partner-like relationships with clients				
Majda Pajnikihar  Slovenia  2009	Målet med denne studien var å fastslå verdien og anvendbarhet av ulike sykepleieteorier i slovenske sykepleiepraksis og for å fastslå om slike teorier var i stand til å påvirke sykepleier-pasient-forholdet på en positiv måte. Likeverdig partner-lignende relasjoner med sine innbyrdes forhold ble ofte funnet å være fraværende, men ønskelig i slovensk sykepleie. Spesifikt på de ulike aspektene av partner-lignende forhold.	En fortolkende paradigme og kvalitativ forskningsdesign ble brukt, med en modifisert grounded theory tilnærming til prosessen med teoretisk sampling, samtidig med datainnsamling og analyse.	30 personer deltok, 9 sykepleiere, 15 sykepleier med videreutdanning, Seks deltakere fra andre yrker ble bedt om å ta del (to medisin, en sosiologi, en filosofi, og to lov). Alle deltakerne ble valgt ut på grunnlag av fagkunnskap og opplevelse som gjorde dem i stand til å beskrive nøyaktig realiteten i sykepleie fenomener. Disse 30 deltakerne ble bedt om å ta del i individuelle intervjuer, de fleste var intervjuet to ganger på grunn av innholdet av dataene.	Resultatene av denne forskning tyder på at deltakerne ønsker å bruke en teori som legger vekt på pasienter og behandler dem som likeverdige partnere i sykepleie, fremmer helse, og hviler på mellommenneskelige relasjoner. Deltakerne argumenterte at sykepleiere trenger høy kvalitet og etterutdanning for å sikre kompetent sykepleie
<b>Tittel:</b> Graduate nurses experiences of developing trust in the nurse-patient relationship				

<p>Belcher Melanie Jones Linda K</p> <p>Australia</p> <p>2008</p>	<p>Det grunnleggende målet med denne forskningen var å utforske og beskrive hva nyutdannet sykepleiers oppfatninger og erfaringer for å utvikle tillit til sykepleier-pasient-forholdet. For å oppnå dette målet ble tre områder relatert til temaet undersøkt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hva nyutdannede sykepleiere oppfatter som en tillitsfull sykepleier-pasient-forhold.</li> <li>• Erfaringene til nyutdannet sykepleiere i å utvikle tillitsfulle sykepleier-pasient relasjoner.</li> <li>• Prosesser som påvirker etablering og utvikling av tillit i nyutdannet sykepleier-pasient-forhold.</li> </ul>	<p>Kvalitativ studie hvor de benytter seg av snøball teknikk.</p>	<p>Syv kvinnelige personer i alderen 22 til 41 år ble utvalgt som intervjuobjekter. Kriteriene for å bli valgt ut var at disse var nyutdannede sykepleiere, at de jobbet deres første år og at de jobbet i et sykehus i Melbourne.</p>	<p>Resultatene fra denne studien indikerer at før en utdannet sykepleier kan oppnå et tillitsfullt forhold til en pasient, må de først utvikle en rapport med dem. Ved å vektlegge undervisning i kommunikasjonsferdigheter i lavere og høyere utdanningsprogrammer, kan det bidra til å øke kunnskap og ferdigheter hos nyutdannede sykepleiere. I tillegg er det blant annet diskusjon på hvilke faktorer som er viktige for å bygge en rapport og tillit, hva profesjonell innebærer og strategier for omsorg for pasienter i situasjoner hvor man ikke har klart å lage en rapport.</p>
<b>Tittel: Hospitalized childrens's views of the good nurse</b>				
<p>Brady Mary</p> <p>England</p> <p>2009</p>	<p>Studiet var trefoldig: For å fylle inn et tomrom i litteraturen, for å identifisere karakteristikken til den gode sykepleier gjennom barns perspektiv som er innlagt på sykehus, og for å informere barnas sykepleiepraksis.</p>	<p>Dette var en kvalitativ studie basert på grounded teori tilnærming, hvor barna som deltok brukte en tegn og skriv metode. Fem</p>	<p>22 barn var med på undersøkelsen. De var i alderen mellom 7 og 12 år. Det var 11 gutter og 11 jenter som deltok.</p>	<p>Studien får frem hvor viktig det er at sykepleiere er gode rollemodeller for god helse, at de er kompetente og innehaver kunnskap, og en forståelse for barns behov. Det er og viktig at familien deltar i ivaretagelsen av barnet. Sykepleiere som arbeider med barn må og kombinere tekniske ferdigheter med egenskaper som er verdsatt av barn, som f.eks det å være</p>

		temaer som var knyttet til barns syn på den gode sykepleier ble valgt ut i analysen: kommunikasjon, profesjonell kompetanse, sikkerhet, profesjonelt utseende og dyder.		morsom og evnen til å bringe lek inn i omsorgs aktiviteter. Selv om dette blir tatt med i sykepleie for barn undervisningen viser det seg at det likevel blir glemt i praksis. Til tross for manglende evne til å kommunisere deres mening og liten livserfaring, hadde barna evnen til å vise hva som var god sykepleie og hva som var dårlig. Flere hadde utviklet en slags moral rundt hva som var godt og dårlig. Selv om troverdigheten til sykepleier ble verdsatt, var de eldre barna mer skeptiske. Troverdighet inkludert evnen til å være sannferdig om fremtidige ubehagelige prosedyrer og behandlinger, og også å være rask og kompetent i arbeidet med barna. Barna i denne studien var følsomme for hvorvidt sykepleier likte dem eller ikke. De satte pris på når sykepleier var positiv mot dem, tilbringe tid med dem, og brukte ros.
<b>Tittel:</b> Partnership: an analysis of the concept within the nurse-client relationship.				
Gallant Mae H. Beaulieu Marcia C. Carnevale Franco A.  Canada  2002	Dagens sykepleie litteratur som beskriver sykepleier klientforhold som partnerskapet, gir liten klarhet om elementene og prosessene i dette samarbeidet. Dette er neppe overraskende, da	Dette er en litteratur studie hvor det ble brukt en evolusjonær metode.	Det ble benyttet litteratur fra perioden 1982 til 2000, da dette ble ansett til å være en tilstrekkelig tidslengde for å fange opp endringer i synet på hva partnerskap innebar og sykepleier pasient	Sykepleieren-klientforhold som partnerskapet utviklet seg fra en vekst i demokratisk tenkning og fremgang i å avklare hvordan man skal ære grunnleggende menneskerettigheter i helsevesenet relasjoner. Attributtene av partnerskap inkluderer strukturelle og prosess fenomener. Strukturen i

	konseptuelle definisjoner av partnerskap varierer i omfang, og varierer med kontekst av partnerskapet og typer av partnere.		relasjonen.	partnerskapet omfatter faser av forholdet, fokus og mål for hver fase, og roller og ansvar for partene. Proessen med partnerskapet omfatter maktfordeling og forhandling. den viktigste konsekvensene av samarbeidet er pasientens empowerment, som betyr pasientens evne til å handle på hans / hennes egne vegne
--	---	--	-------------	---

## 5 Drøfting

Jeg vil i denne delen av oppgaven drøfte funnene jeg har gjort i teorien opp mot funnene fra forskningsartiklene.

### 5.1 *Etikken og lovverket og i møte med den autonome pasienten*

Gjennom utdanningen har vi hatt fokus på etikk og hvor viktig den er i pasientsituasjoner. Det er lett for en uerfaren student å glemme dette når man står i en situasjon hvor fokuset ofte har hovedtyngden på å ville hjelpe vedkommende. Men når man holder fokus på etikken i tillegg til pleien ser man hvor stor nytteverdi den har for pasienten og for oss som kommende sykepleiere.

Den autonome pasienten er et menneske som selv vet hva som er rett og galt. Gjennom vårt arbeid skal vi respektere et annet menneskes autonomi, selvråderett, selvbestemmelsesrett og individualitet (Johannesen, K. I. m.fl. 2007). Pasienten er selvstendig (autonom) person, som bør anses som autoritet, hvor vi skal ta hensyn til hvordan pasienten opplever situasjonen og sykdommen og hva som er viktig og vesentlig for dem (Eide, H. og Eide, T. 2010).

Etikken og lovverket setter grenser og hvilket spillerom vi sykepleier skal forholde oss til, og med dette hindrer det oss i fra å handle utfra subjektivt ståsted og forhåpentligvis det å handle i affeksjon. Når vi skal i møte med pasienter, er det viktig at vi er klar over hvilke etiske forpliktelser vi som sykepleiere har, samt hvilke lover og regler pasienten har på sin side.

Som nevnt i teoridelen av oppgaven nevner jeg de punktene i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere har å forholde seg til som er vesentlige i min bevarelse, dette gjelder punk 2.1 til 2.6. De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere bruker uttrykk som vern, beskyttelse, fortrolighet, integritet, helhetlig omsorg og den retten ethvert menneske har til å ikke bli krenket (Johannesen, K. I. m.fl. 2007).

Man skal og alltid ha klart for seg hvilke rettigheter pasienten har gjennom lovverket.

Pasientrettighetsloven ble opprettet i 1999 for å sikre pasientens rettigheter. Lovens formål står beskrevet slik i § 1-1:

Lovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten.



Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og bruker og helse- og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd.

*Lov om pasient- og brukerrettigheter* (pasient- og brukerrettighetsloven) 1999.

Lovverket er tydelig på hvilke forpliktelser vi har og pasientens rettigheter. I møtet med pasienten må vi være klar over § 3-1 og § 4-1 hvor pasientens autonomi er i fokus. Her har pasienten loven på sin side når det kommer til rett til medvirkning og gi samtykke.

De fleste lovbestemmelser er basert på reflekterte verdistandpunkter. Dette kan være sosiale normer som igjen er bygd på grunnleggende kulturelle verdier, menneskerettigheter og nasjonale verdier. Man kan derfor si at lovgivningen er basert på etiske prinsipper. Loven gir helt klare føringer ved et etisk dilemma, og etiske resonnementer som da bryter mot disse føringene må da vike (Johannesen, K. I. m.fl. 2007).

## **5.2    *Autonomiprinsippet og paternalisme***

Sykepleiere sitter med mye teoretisk grunnlag og erfaringskunnskap gjennom studier og arbeid. Man kan da i enkelte tilfeller få en bedreviter holdning overfor sin pasient og handle basert på tidligere erfaring eller subjektivt ståsted. Dette betyr at man begrenser pasientens autonomi ved for eksempel å holde tilbake informasjon fordi sykepleier anser dette å være til det beste for pasienten. Ved å gjøre dette vil det si at en annen bestemmer hva som er det beste for pasienten. Vi kaller dette for uønsket paternalisme (Hummelvold, J. K. 2012).

I en situasjon hvor man møter et annet menneske med sin tittel som sykepleier og den du møter er pasient vil det være en naturlig skjev fordeling på makten. Pasienten kommer inn på vår arena hvor sykepleier er den som sitter med erfaringen og kunnskapen. Det ville vært helt annerledes om vi hadde møttes som to mennesker hvor vi har en jevn maktfordeling og hvor begges argumenter veier like tungt. Martinsen, K. (2005) skriver at selv om en pasients situasjon alltid er enestående, har den også typiske trekk. Helsefagarbeidere sitter med mye kunnskap og erfaring, Martinsen, K. (2005) skriver at svak paternalisme forutsetter at sykepleier har en faglig kunnen som pasienten ikke har og at hun i vanskelige situasjoner er fordret til å ta en avgjørelse, men dette ut fra et engasjement og en sensitivitet om å gange den enkelte pasienten mest mulig. Hva som er til det beste for pasienten kan være en utfordring, og mange pasienter kan heller ikke gi ordentlig uttrykk for hva de mener er til det beste for dem (Johannesen, K. I m.fl. 2007). Det vil alltid være en spenning mellom

autonomiprinsippet og hjelperens plikt til å vise omsorg (Hummelvold, J. K. 2012). Det er kun i de tilfeller hvor den autonome pasienten har implisitt eller eksplisitt gitt sitt samtykke til å bli behandlet paternalistisk man kan benytte det man kaller ønsket paternalisme (Hummelvold, J. K. 2012).

I møtet med pasienten skal vi forsøke å fortolke den andres realitet, å forstå ut fra den andres horisont og møte den andre mest mulig fra hvordan han selv ville ha handlet i situasjonen hvis han kunne (Martinsen, K. 2005). Men det finnes de tilfeller hvor man ikke rekker å skape en relasjon eller fortolke den andres realitet, som ved en akutt krise. Det kan for eksempel oppstå i en akuttpsykiatrisk post at man må legge en pasient i seng med reimer og kanskje til og med gi beroligende mot pasientens vilje der og da. I disse tilfellene vil målet være at pasienten ikke skader seg selv, sitt omdømme eller andre. Sykepleier må da ta en faglig og etisk vurdering basert på prinsippet om hypotetisk samtykke (dvs. at vedkommende har kommet til seg selv igjen i etterkant, og ville ha gitt sitt samtykke) i disse tilfellene og bestemme seg for å overta styringen og handle på pasientens vegne, (genuin paternalisme) (Hummelvold, J. K. 2012).

### **5.3 Viktigheten rundt kommunikasjonen mellom pleier og pasient**

Når en pasient blir innlagt på en avdeling vil man allerede da få et bilde av hvilken krise pasienten er i, om det er livskriser og traumatiske kriser. Det er da gjennom vårt møte med pasienten på inntakssamtalen vi finner ut hvilken fase pasienten befinner seg i når vi snakker om pasientens krisereaksjon (Eide, H. og Eide, T. 2010).

I undersøkelsen til Belcher, M og Jones, L. K. (2009) er et av nøkkelfunnene at for å kunne få laget en god datasamling må sykepleier være flink i å kommunisere og at man bør øke kommunikasjonskunnskapen gjennom utdanning av sykepleiere. Teoretisk kunnskap i seg selv er ikke nok for å lære seg gode kommunikasjonsferdigheter, men kombinerer man teori og praktiske øvelser som f.eks. rollespill med tilbakemelding og refleksjon, vil dette ha stor læringseffekt (Eide, H. og Eide, T. 2010). Sykepleiere som kommuniserer godt har god selvforståelse og er oppmerksomme på andres behov. De kommer med enkle, klare budskap som er tilpasset pasientens situasjon, videre er de responsive i forhold til andres behov og ser betydningen av god timing for et positivt utfall av samtalen, samt at de jevnlig undersøker om den andre har forstått budskapet (Hummelvoll, J. K. 2012). Kommunikasjonsferdigheter er viktige da de vil fungere som et hjelpemiddel hvor vi kan forstå personen, forstå relasjonen,

hvordan gi bedre hjelp og støtte, ta beslutninger sammen og på den måten stimulere utviklingen til den andre på beste måte (Eide, H. og Eide, T. 2010). Kommunikasjon er ifølge Travelbee et middel vi skal bruke for å realisere sykepleiens formål. Gjennom kommunikasjonen skal vi bli kjent, forstå, møte pasientens behov og hjelpe til mestring (Eide, H. og Eide, T. 2010).

Barn er spesielt sensitive ovenfor toneleiet og kroppsspråket til sykepleieren som skal pleie dem. For dem er det viktig at man bruker tid med dem og at de blir hørt (Brady, M. 2009). Hun skriver også at barn i undersøkelsen var observante på om kroppsspråket var i samsvar med det som ble sagt, også dette med smilet spesielt, om det var i samsvar med smilende øyne (Brady, M. 2009). I artikkelen til Pajnikihar, M. (2009) henviser hun til Peplau (1988) sin artikkel hvor det kommer frem viktigheten av verbal og non- verbal kommunikasjon i møte med pasienter. De signaler den andre gir og hvordan vi fortolker disse skaper grunnlag for nærhet og avstand, tillit og mistillit, samarbeid og konflikt, da personer reagerer ulikt på de samme signalene. Nonverbalt akkompagnement kan gi ordene ny betydning, selv om ordene er forholdsvis entydige (Eide, H. og Eide, T. 2010).

#### ***5.4 Det første møtet med pasienten, etableringsfasen og relasjonen***

Gallant, M. H., Beaulieu M. C., Carnevale F. A. (2002) henviser til Robinson og Thorne (1984), og Thorne og Robinson (1988) hvor de skriver at sykepleieren tar med seg sykepleierkunnskap og klinisk erfaring, mens pasienten tar med erfaringsbasert kunnskap om helsen og helsemessige bekymringer. Etableringsfasen er når to ukjente mennesker starter en relasjon ved å hilse og se på hverandre. Noe av det første vi legger merke til er den andres kroppsbevegelser og vedkommendes språk. Vi leser ubevist hundrevis av signaler i måten å gå og stå på. Man får også et bilde av pasienten gjennom hvordan vedkommende er kledd, om det er øyekontakt eller om den er unnvikende, smiler pasienten og er det samsvar mellom smilet og øynene, mye av dette vil gi oss et førsteinntrykk når vi møter pasienten første gang (Spurkeland, J. 2012). Travelbee kaller denne fasen for det innledende møtet (Eide, H. og Eide, T. 2010).

I møte med pasienten er det en selvfølge å møte pasienten med respekt. Pajnikihar, M. (2009) skriver at respekt ikke er noe man kan skille ut av sykepleieryrket, det har en veldig viktig verdi i sykepleie og er helt grunnleggende for å utvikle en god relasjon med pasienten.

Hummelvoll, J. K. (2012) skriver at det å bli møtt med respekt av hjelperen kan gradvis bidra

til at selvbildet korrigeres. Vår oppgave er å møte mennesker i deres livsverdi, i deres eksistensielle situasjon, for å forstå og la seg belære som hjelper for så kunne gå inn i et felles arbeid for å få grep om den aktuelle personen sliter med. Pasienten er den som skal «gå stien», men vår oppgave er å være den lydhøre «følgesvennen» som kan gå foran å vise vei og støtte. Det er viktig og nødvendig å arbeide med sin forståelse av pasienten basert på det hermeneutiske aspektet. Man må vite om helheten og ikke bare delene som er problemet (Hummelvoll, J. K. 2012).

Den kommende fasen kaller Travelbee for fremvekst av identiteter. Her knytter man bånd og identiteten til den enkelte synes (Eide, H. og Eide, T. 2010). Testfasen som Spurkeland, J. (2012) kaller det, vil si at de involverte skal få en trygghet i hva som er til å stole på og hva som må modifiseres. To mennesker har startet et samarbeid og begge må finne ut hva som er realitet eller hva som bare er talemåter. Testfasen er full av emosjonelle inntrykk og vi skal se hva som befinner seg bak fasaden til hver enkelte (Spurkeland, J. 2012). For at pasienten skal kunne åpne seg må sykepleier skape et klima som gir den enkelte trygghet nok til å vise seg selv. Sykepleieren må skape en atmosfære av tillit, forståelse og åpen kommunikasjon, være nærværende, varm og villig til å gi seg selv kjenne. Man søker å bli kjent med pasientens tanker, følelser og atferdsmønster og identifiserer hans aktuelle behov og problemer (Hummelvold, J. K. 2012). Ved å være seg selv, ekte og nær, dannes grunnlag for betydningsfulle møter. Empati vil si innlevende forståelse for pasienten når pasienten ønsker å lette på trykket (Hummelvoll, J. K. 2012). Videre skriver Hummelvoll, J.K. (2012) om empati:

Empati betyr altså å oppfatte mest mulig presist den andres subjektive verden (den indre referanseramme) med dens emosjonelle komponenter og meninger, som om man var den andre personen, uten at denne «som om»- bestemmelsen tapes. (Hummelvoll, J. K. 2012:422)

Ved sin empatiske tilstedeværelse kan sykepleier utfylle en viktig funksjon for pasienten. Sykepleieren kan i noe grad veie opp for pasientens manglende selvtillit, og gi styrke og mot til å komme gjennom det som er vanskelig. Dette betyr ikke at sykepleier skal gjøre jobben for pasienten, men være empatisk til stede når pasienten trenger det for å kunne mestre situasjonen (Eide, H. og Eide, T. 2010). I Brady, M. (2009) sin studie kommer det også frem at barn anser sykepleieren som en god sykepleier hvis hun lytter og tilbringer tid med dem, mens den dårlige sykepleieren ville ha dårlig temperament, være sjefete, irritert og ikke lytte til dem. Men selv om man egentlig bør ta seg tid til å snakke med pasientene, bruker mange

heller tiden til å snakke med kolleger, noe som tok prioriteringen fra pasientens pleie i følge funnene til Belcher, M. og Jones, L. K. (2009) sin artikkel.

### **5.5 Tillit og mistillit**

Martinsen, K. (2005) skriver at vi normalt møter hverandre med tillit, men at der hvor vi står ovenfor hverandre med mistillit, er det ut fra visse omstendigheter og ut fra særlige grunner. Tillit er bærebjelken i enhver god relasjon og er et resultat av relasjonens historie. Den er aldri en konstant faktor, men flytter seg på begge sider av et nøytralt midtpunkt. Spurkeland, J. (2012) skriver også at tillit utvikles gjennom mellommenneskelige erfaringer og bygges ved repeterte tillitsvekkende handlinger. Pajnkihar, M. (2009) beskriver tillit i sin artikkel som noe som eksisterer i enhver relasjon mellom mennesker, basert på tidligere erfaringer som er relatert til respekt, verdighet, empati, autonomi, dele informasjon og at man er delaktig i bestemmelse prosessen. Spurkeland, J. (2012) henviser til Schindler og Thomas (1993) som skriver at tillit kan splittes opp i fem dimensjoner. Disse fem er:

- Integritet: samsvaret mellom tale og handling.
  - Kompetanse: faglig kunnskap og mellommenneskelig kunnskap.
  - Konsistens: forutsigbarhet, enhetlig opptreden og konsekvens.
  - Lojalitet: villighet til å stille opp for en annen person og støtte vedkommende.
  - Åpenhet: ærlig og sannhetstro opptreden.
- (Spurkeland, J. 2012:37-38)

Veien til tillit starter allerede når vi er spedbarn uten språk. Da vil vi se om de aksepterer oss og om fremmede får holde dem. Bare i løpet av få sekunder merker vi om tillit har oppstått (Spurkeland, J. 2012). I Brady, M. (2009) sin artikkel som omhandler hva sykehusinnlagte barn anser som den gode sykepleier, blir det nevnt en god del funn som beskriver hva som må til for å skape tillit til barn. Det kommer frem fra hennes studie en rekke punkter som for barna var viktige når de var innlagte. Dette var kroppsspråk, toneleie, holdninger, kompetanse, trygghet og dyder. Barna satte pris på når sykepleier roset dem og var positiv, men også ærlig om prosedyrer som kunne være smertefulle for dem. Det var viktig at det ble mer «lek» rundt disse prosedyrene og at sykepleier fortalte hva som kom til å skje og at sykepleier roset dem for å ha gjennomført prosedyren. Der hvor sykepleier hadde løyet ovenfor barnet om at for eksempel en prosedyre ikke var smertefull, ville dette skape mistillit. Det hjalp heller ikke at sykepleier smilte til barnet, når vedkommende ikke lyttet til hva barnet

hadde å si. Samsvaret med kroppsspråk og stemme måtte ha overensstemmelse. Den profesjonelle kompetansen var og viktig for barn. Det ville si at sykepleier skulle utføre prosedyrer nøyaktig og hurtig uten å gjøre dem unødige vondt. Enkelte av barna reagerte også på at sykepleier ikke vasket hendene sine eller hadde hanske på seg da dette var nødvendig. Når det kommer til trygghet var de observante på om det var dårlig oppførsel hos ansatte som kunne gjøre dem utrygge og at de ansatte ikke var der for å lure dem. Det kom frem en rekke gjentakende ord fra barn som hadde deltatt i denne undersøkelsen som ærlig, lyttende, tillitsverdig, snill, hjelpsom, forsiktig, forsikrende, høflig, morsom og vennlig. Tar vi frem igjen det som Spurkeland, J. (2012) skriver om repeterte tillitsvekkende handlinger, vil vi kunne se at for å skape tillit til barn må disse overnevnte handlingene ta sted gang på gang. Voksene derimot sitter med lang livserfaring og har den erfaringen som må til for å ha tillit eller mistillit til helsepersonell. I Belcher, M. og Jones, L. K. (2009) sin undersøkelse kommer det frem at pasientene mente at personlighetene og kjemien mellom sykepleier og pasient var en av nøklene til en tillitsfull relasjon mellom partene. Personstrekkene som måtte være på plass for å kunne stole på noen var at vedkommende var vennlig, villig til å ta vare på andre, villig til å hjelpe og interessert i den andre. Det kommer også frem at essensen for å skape tillit var at pasienten og sykepleier følte seg komfortable med hverandre. Å være komfortabel innebar det å være ærlig, føle seg trygg, og muligheten til å utvikle en relasjon. Pasientene var mer trygge på å overlate deres liv i hendene på erfarne sykepleiere, men også de hadde også tillit til de sykepleiere som innrømte sine begrensninger og som spurte andre om hjelp. Når det er sagt, så er det sykepleier som er nøkkelen til det å skape tillit, da pasienten er i sykepleierens miljø og som regel er i en sårbar posisjon eller syk (Belcher, M. og Jones, L. K. 2009). Mellommenneskelige faktorer som arbeidsallianse og empati er det som viser seg å være mest virksomt. Relasjonen er altså viktigere enn behandlingsmetoden (Eide, H. og Eide, T. 2010).

Når en pasient har tillit, vil vedkommende utlevere seg. Vedkommende våger seg fram for å bli imøtekommet (Martinsen, K. 2005). Martinsen, K. (2005) henviser til Kratmann (1988) sine ord, «hvor den forbeholdene tillit pasienten viser sykepleieren, må hun vise seg verdig til å motta». Det er først da pasienten våger seg fram ved å gi sine problemer i den andres hånd (Martinsen, K. 2005). Ser vi på Travelbee sin modell for utvikling av forholdet mellom sykepleier og pasient punkt 3 som omhandler empati, skriver hun at sykepleier skal bestrebe seg på å bli sine egne verdivurderinger av pasienten bevist, for så ta stilling til hvordan hun vil forholde seg. Martinsen, K. (2005) skriver at vi da stilles ovenfor to valg, enten tar vi vare på den andre, eller vi kan velge å bryte ned den andres tillit ved å ikke ta imot den andres

utleverthet. Dette kan man gjøre ved å stille seg likegyldig eller latterliggjøre informasjonen man er gitt fra pasienten (Martinsen, K. 2005). Vi sitter her med mye makt som kan få hele tilliten til å bryte sammen. Men det er når tillitsforholdet er i ferd med å gå i stykker, bruk av regler og normer vil bli dominerende, for å hindre videre nedbryting av relasjonen (Martinsen, K. 2005).

Det er med andre ord en rekke faktorer som er med på å bygge tillit hos barn og voksne, men vi skal også være klare over hvilke faktorer som er med på å skape mistillit. Faktorer som arbeidsbelastning, skiftarbeid, måter å organisere og levere sykepleie på, og rutiner sykepleieroppgaver kan alene eller i kombinasjon påvirke tillittens styrke (Gallant, M. H., Beaulieu M. C., Carnevale F. A. 2002). Tar sykepleier med sine personlige problemer med på jobb, kan dette også påvirke sykepleiers arbeid (Belcher, M. og Jones, L. K. 2009). Spurkeland, J. (2012) skriver følgende faktorer som kan skape mistillit:

- Bryt ikke løfter, vær ordholden.
- Vær ikke uforutsigbar. Klargjør konsekvenser
- Ikke demonstrer makt. Du har den likevel
- Ta ikke æren av den andres prestasjoner
- Husk at smålighet utvikler mistillit
- Vær ikke fraværende, fysisk og mentalt
- Emosjonell avstand viser relasjonell likegyldighet

Våre erfaringer med å ikke kunne stole på andre er vår verste fiende i tillitsbygging (Spurkeland, J. 2012).

## ***5.6 Hvordan vet vi at vi har oppnådd tillit?***

Mennesker som er tillitsfulle ser på sine omgivelser med tro på at velvilje er dominerende i forhold til andre (Spurkeland, J. 2012). Vi som sykepleiere må kunne stole på pasientene våres og at det som blir fortalt er sant (Hummelvoll, J. K. 2012). Med dette gir vi som sykepleiere pasienten vår tillit. Det er likevel sykepleieren som er nøkkelen til å skape tilliten, da pasienten er i sykepleiers arena og ofte er i en sårbar situasjon og ikke minst at vedkommende vanligvis er syk (Belcher, M. og Jones, L. K. 2009). Men pasienters tillit og evne til tilknytning varierer mye. Barn eller voksne pasienter som har tilknytningsproblemer, kan lett falle tilbake til problematisk adferd som at de blir klengete, sutrete og krevende, anklagende, sinte, trassige og avvisende. De forsøker å skape en relasjon som ikke føles

naturlig eller rimelig for hjelperen. Dette kan være at hjelperen ikke skal bry seg, stå på pinne hele tiden, eller tåle all mulig urimelig kritikk (Eide, H. og Eide, T. 2010). Tillit i en relasjon er ikke alltid et gjensidig forhold, det vil si at tilliten i relasjonen ikke er god før begge parter opplever omtrent det samme. Normalt oppstår ikke tillit plutselig og spontant, den trenger tid. Tillit trenger bekreftelse og næring, og den må vedlikeholdes for å leve (Spurkeland, J. 2012). Tillitsforhold som kan oppstå uten relasjoner, er egentlig ikke tillit, men mer preget av tro, overbevisning eller beundring. Dette fordi mennesker søker noe å feste håp ved (Spurkeland, J. 2012). Noen pasienter er ukritiske og er som en åpen bok og forteller alle og enhver hva de tenker og føler. Disse kan være tillitsfulle mennesker eller de har ikke tillit, men bare snakker for oppmerksomheten sin del. Ved å stille spørsmål eller bruke skjema kan vi kartlegge hvor pasientens tillit er (Eide, H. og Eide, T. 2010). For at man kan kalle det for tillit skal et element være på plass, positiv opplevd avhengighet (Spurkeland, J. 2012).

### **5.7    *Fordelene og farene ved en god relasjon***

Når vi danner en relasjon basert på tillit vil vi ha flere fordeler. For sykepleiere som føler at de har oppnådd tillit, beskriver de belønningen som økt tilfredshet på jobben. Dette gir videre økt selvtillit når det dreier seg om å gi god sykepleie (Belcher, M. og Jones, L. K. 2009). Stort sett vil det være et mål å danne et partnerskap mellom pasient og sykepleier slik Gallant, M. H., Beaulieu M. C., Carnevale F. A. (2002) beskriver det. Men det er ikke bare en relasjon som må være på plass for å få til et partnerskap. Det er måten sykepleier og pasient arbeider sammen, hvor nøklene er maktfordeling og forhandling (Gallant, M. H., Beaulieu M. C., Carnevale F. A. 2002). Mellommenneskelig kommunikasjon og partnerskap er kjernen av sykepleie, da dette opprettholder respekt og menneskets verdighet, individualitet og autonomi fra første møte av (Pajnkihar, M 2009). Gjennom ansvar og frihet viser vi pasienten vår tillit (Spurkeland, J. 2012). I en relasjon er det lettere å gi empowerment til pasienten, en positiv konsekvens av partnerskapet (Eide, H. og Eide, T. 2010, Gallant, M. H., Beaulieu M. C., Carnevale F. A. 2002). Empowerment er i følge Roberts m.fl. (1995) en økt evne for pasienten til å handle på sine vegne gjennom elementer som kontroll, selvhandling, selvfølelse, kompetanse og tillit (Gallant, M. H., Beaulieu M. C., Carnevale F. A. 2002). Empowerment er etisk begrunnet i sammenfallende verdier som likeverd, hensyn til pasientens beste og respekt for pasientens rett til selvbestemmelse (Eide, H. og Eide, T. 2010).



Vi skal enhver tid forholde oss profesjonelle ovenfor pasienten, det vil si at vi opprettholder skillet mellom yrkes og privatliv. Det er og fare for at pasienter utvikler et ubevist avhengighetsforhold til sin hjelper, noe som vil være galt å utnytte, uansett om det er bevist eller ubevist. Noen kan utnytte relasjonen for å få dekket behov for vennskap, kontakt og kanskje til og med kjærlighet. Noen kan til og med finne på å oppsøke hverandre privat hvis en relasjon er for sterk. Det er derfor sykepleiers ansvar er å stadig tydeliggjøre rollene i relasjonen (Eide, H. og Eide, T. 2010).

## 6 Konklusjon

Vi skal alle ha god kjennskap til regelverket, de yrkesetiske retningslinjene, autonomiprinsippet i møte med pasienten vår. På den måten kan vi styres i den retningen som er til det beste for pasienten. Ikke minst skal vi huske på hvor lett det kan være å misbruke vår posisjon som hjelper ved å bruke uønsket paternalisme. Vi sitter med mye makt i møte med pasienten og det er ønskelig å «dele» denne maktbalansen mest mulig med pasienten hvor svak paternalisme utpeker seg som en fin middelvei å gå for å gi pasienten mest mulig autonomi i tillegg til at vi har «styringen».

Litteraturen og artiklene har jeg funnet stemmer godt overens føler jeg. Mye av det som står der er faktorer jeg også benytter meg av i møte med pasienter. Det er viktig å ha i bakhodet at tillit skapes over tid og at den hele tiden er i forandring. Hvilke handlinger, hva vi sier og hvordan vi oppfører oss er med på å flytte vektskålen mellom tillit og mistillit. Mye av litteraturen er enig i hva som skal til for å skape tillit. Som sykepleiere ligger hovedansvaret hos oss for å skape tilliten. Sykepleieren er den som tar imot pasienten på en arena hvor pasienten er den som er i et ukjent miljø og som er den som er sårbar. For å få til en relasjon er det viktig å møte pasienten med respekt. Vi må gi pasienten tillit, være åpne, lyttende, gi tid, varme, vise at vi er der for pasienten. Gjennom empati ser og oppfatter vi den subjektive verden pasienten befinner seg i. Personlighetene og kjemien mellom pasient og sykepleier er helt avgjørende for resultatet.

For å bygge tillit må vi repetere gode handlinger ovenfor pasienten over tid. Dette kan oppsummeres gjennom fem dimensjoner som integritet, kompetanse, konsistens, lojalitet og åpenhet. Funnene i artiklene og litteraturen viser hvor viktig dette er helt fra spebarn stadiet og helt til livets slutt når det kommer til tillit i nye relasjoner. Vår livserfaring er avgjørende for hvordan vi forholder oss til nye mennesker, er vi villige til å gi dem tillit eller skal vi forholde oss til mistillit på bakgrunn av tidligere erfaringer.

Man kan aldri vite om pasienten har tillit til oss som sykepleiere med mindre pasienten sier dette selv og vedkommendes handlinger bekrefter dette. Men sykepleier skal alltid gjøre sitt for å skape en god relasjon basert på tillit og vedlikeholde den så lenge pasienten er i vårt ansvar. Gjennom en god relasjon hvor begge parter har tillit til hverandre kan man skape et partnerskap, hvor man går inn for felles mål i pasientens behandling. Pasientens autonomi er dermed tatt vare på og vi har gitt pasienten empowerment. En mulighet til å ta ansvar for egen behandling.

Selv om vi har bygget tillit, skal vi alltid huske at den er i bevegelse. Det skal ikke mange negative handlinger til før denne tillitten brytes og arbeidet med å reparere tilliten så å si er umulig.

## 7 Litteraturliste

Aadland, E. (1999) Og eg ser på deg. Vitenskapsteori og metode i helse og sosialfag. 1. utg. 2. opplag Otta: Tano Aschehoug

Belcher, M. & Jones L. K. (2009). Graduate nurses experiences of developing trust in the nurse-patient relationship. *Contemporary Nurse*. 31, s. 142-152.

Brady, M. (2009). Hospitalized childrens views of the good nurse. *Nursing ethics*. 16(5), s. 543-560.

Dallan, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 5. utg. 1.opplag Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Eide, H. & Eide, T. (2010). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2. utg. 4. opplag Oslo: Gyldendal akademisk.

Gallant, M. H., Beaulieu M. C., Carnevale F. A. (2002). Partnership: an analysis of the concept within the nurse–client relationship. *Journal of Advanced Nursing*. 40(2), s. 149–157.

Hummelvoll, J.K. (2012). *Helt- ikke stykkvis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. 7.utg, 1. opplag. Oslo: Gyldendal akademisk

Johannessen, K. I. m.fl. (2007). *Godt-rett- rettferdig: Etikk for sykepleiere*. 1. utg. 1. opplag, Oslo: Akribe As

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E. A. (2008). *Grunnleggende sykepleie bind 4*. 1. utg. 3. opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk

*Lov om pasient- og brukerrettigheter* (pasient- og brukerrettighetsloven) av 2. juli 1999 nr 63  
URL: <http://www.lovdatab.no/all/nl-19990702-063.html>  
(Lest 27. August 2013)

Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og kallet*. Oslo: Akribe

Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler*. Oslo: NSF

Norvoll, R. (2009). Sosiale avvik og sosial kontroll. I: Brodtkorb, E og Rugkåsa, M (red). *Mellom mennesker og samfunn*. Gyldendal Norsk Forlag AS, s.99 – 121.

Pajnkihar, M. (2009). Nurses' (un)partner-like relationships with clients. *Nursing ethics*. 16(1), s. 43-56.

Spurkeland, J. (2012). *Relasjonskompetanse: resultater gjennom samhandling*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget